Rok XXXII. Kraków, 15. Lipca 1893. Nr. 28.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pêres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pêres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi		w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr.	80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „	40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	„ 2 „	20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_8$ „	6 „

TREŚĆ:

I. Z zakładu dla patologii ogólnej i doświadczalnej prof. Strickera w Wiedniu.

Wpływ wstrzykiwań soli kuchennej do krwi na wessanie cieczy.

Podali
Dr. A. Beck i prof. G. Gärtner.

Praca Heidenhaina[1]) o substancyach przyspieszających wydzielanie się limfy, która dała pochop do licznych dalszych badań, była także punktem wyjścia naszych doświadczeń, z których niniejszem mamy zdać sprawę. Heidenhain wykrył między innemi, że wprowadzenie zgęszczonego roztworu soli kuchennej do krwi zwiększa ilość wody zawartej we krwi, na co już Klikowicz zwrócił uwagę[2]), zwiększa także ilość wody w limfie i przyspiesza krążenie limfy. Nadmiar wody, który w tym przypadku dostaje się do naczyń krwionośnych i limfatycznych, musi, jak wnosi Heidenhain, pochodzić z tkanek; a ztąd wynika, ze wprowadzenie soli kuchennej do obiegu krwi sprowadza zubożenie tkanek w wodę.

Doświadczenia, które niżej opiszemy, miały nam dać odpowiedź na pytanie, czy wprowadzenie NaCl do obiegu krwi, przyspieszy także wessanie wody sztucznie do ustroju wprowadzonej, lub w nadmiarze gdzieś nagromadzonej. — Rzecz naturalna, że gdyby odpowiedź na to pytanie wypadła twierdząco, sprawa ta nabrałaby ogromnego znaczenia dla praktyki.

Kilka tymczasowych doświadczeń przedtem wykonanych, przekonało nas, że psy znoszą bez uszczerbku dla zdrowia wprowadzenie znacznych ilości soli kuch. do krwi. Jako objaw, który zazwyczaj występował po takiem wstrzyknięciu soli do krwi, zauważyliśmy, że zwierzęta widocznie dostawały silnego pragnienia i chciwie piły wielkie ilości wody.

Doświadczenia swoje podzielić możemy na dwie serye: w pierwszej badaliśmy resorpcyę wody z jelita, druga zaś miała służyć do badania wessania z jam surowiczych.

Przebieg doświadczeń pierwszej seryi był następujący: U psa znajdującego się w głębokiej narkozie morfinowej otwieraliśmy w linii białej jamę brzuszną i wydobywszy pętlę jelitową na wierzch, podwiązywaliśmy ją w dwóch miejscach, koło 15 cm. od siebie odległych i wstrzykiwaliśmy do tej pętli od reszty jelita oddzielonej za pomocą dużej strzykawki Pravaza wodę aż do mocnego napięcia pętli. Ażeby usunąć możność wypływu wody przez otwór wykonany strzykawką, wkłuwano ją tuż przy jednej z podwiązek i za pomocą trzeciej ligatury usuwano komunikacyę między miejscem wkłucia a resztą pętli jelitowej. Następnie wprowadzano jelito napowrót do jamy brzusznej, którą zamykano za pomocą zaciskadeł. Po upływie ściśle oznaczonego czasu, który wynosił w różnych doświadczeniach 15—30 minut, wyjmowano pętlę na nowo i badano, jaka część wstrzykniętej wody uległa wessaniu. Ilość tę w przybliżeniu oznaczano w ten sposób, że dwoma palcami przesuwano płyn z jednego końca pętli ku drugiemu, aż napięcie w tej części pętli, do której płyn wciśnięto, było takie samo, jak w początku doświadczenia w całej. Ze stósunku wypełnionej części pętli do pustej wnosić można, jaka część płynu uległa wessaniu. Jeżeli się przekonano przytem o resorbcyi, napełniano na nowo pętlę do pierwotnego napięcia i przystępywano do drugiego doświadczenia. Do żyły szyjnej, którą już przedtem odpreparowano, wstrzykiwano roczczyn soli w takiej ilości, że ilość soli we krwi w przybliżeniu stała się dwa razy większą. Ilość tę obliczano w następujący sposób: na jeden kg. wagi ciała ma zwierzę 77 gr. krwi, a według C. Schmidta znajduje się we krwi koło 8‰ soli nieorganicznych; na jeden klg. ciała przypada zatem 0·62

[1]) Archiwum Pflügera.

[2]) Die Regelung der Salzmengen des Blutes. Arch. für Anat. u. Phys. II. Abth. 1883.

gr. soli. Taką samą ilość wprowadzaliśmy zwolna w 10% rozczynie do żył. Po upływie takiego samego czasu jak przedtem wydobywano pętlę na nowo i badano stopień jej napełnienia.

Przyjrzyjmy się przebiegowi tych doświadczeń:

Doświadczenie I. (wstępne).

Pies 3·6 kg. ważący.

O godzinie 10. minut 55 napełniono pętlę jelitową wodą.

O godz. 11. znaleziono ją jeszcze pełną. Wprowadzono do żyły szyjnej 2·2 gr. Na Cl (w rozczynie 10%). Trwanie injekcyi do godziny 11. minut 3.

O godzinie 11. minut 18 ilość płynu zmniejszyła się o $^1/_3$.

Godz. 11. minut 35 w pętli jelitowej ilość płynu o połowę zmniejszona.

Godz. 12. minut 10 resorbcya ukończona.

Doświadczenie II.

Pies 5·7 kg. ważący.

O godz. 11. minut 5 wypełniono pętlę jelitową na 12 cm. długą aż do mocnego napięcia.

O godz. 11. min. 40 znaleziono wydobytą pętlę jelitową nieco zapadłą; około $^1/_3$ płynu uległo wessaniu. Pętlę jelitową napełniono aż do pierwotnego napięcia wodą i wstrzyknięto 3·8 gr. Na Cl do żyły.

O godz. 12. minut 10 pętla jelitowa okazuje się prawie próżną. Pęcherz znacznie wypełniony.

Doświadczenie III.

Pies 3 kg. ważący.

O godz. 4. minut 45 wypełniono wodą pętlę jelitową.

O godz. 5. minut 15 treść pętli nie uległa widocznej zmianie.

Wstrzyknięto 1·84 gr. Na Cl do krwi.

O godz. 5. min. 45 ciecz z pętli jelitowej prawie zupełnie znikła.

Doświadczenie IV.

Pies 3·9 kg. ważący.

O godz. 5. min. 30 wypełniono pętlę jelitową wodą.

O godz. 5. min. 50 ilość cieczy zmniejszyła się o $^1/_6$. Dopełniono do pierwotnego napięcia i wstrzyknięto 2·4 gr. soli kuchennej do krwi.

O godz. 6 min. 10 znaleziono pętlę prawie próżną.

W następujących dwóch doświadczeniach chcieliśmy się przekonać, jaki wpływ na resorbcyę wody z jelita wywiera przecięcie nerwów, które zaopatrują odpowiednią pętlę. W tym celu przecinaliśmy wszystkie gołem okiem widoczne nerwy, które pętlę daną zaopatrują, jakoteż i kreskę, pozostawiając jedynie same czysto odpreparowane naczynia.

Doświadczenie V.

Pies 5·5 kg. ważący.

O godz. 5. min. 20 napełniono pętlę jelitową w opisany sposób pozbawioną nerwów.

Godz. 5. min. 35 koło $^1/_3$ uległo wessaniu. Dopełniono pętlę na nowo a oprócz tego podwiązano i wypełniono drugą pętlę prawidłową (trwanie zabiegu do godz. 5. min. 38).

O godz. 5. min. 38—40, wprowadzono do żyły szyjnej 3·34 gr. Na Cl.

O godz. 5, min. 53. Z pętli pozbawionej nerwów uległo wessaniu koło $^1/_3$, z prawidłowej koło $^4/_5$ wstrzykniętej ilości.

Doświadczenie VI.

Pies 6·7 kg. ważący.

O godz. 5. minut 10 wypełniono równocześnie wodą jednę pętlę, której nerwy przecięto i drugą prawidłową.

Godzina 5. minut 35. Pierwsza jest jeszcze wypełnioną w tym samym stopniu jak przedtem, podczas gdy w prawidłowej pętli około połowy z wprowadzonej wody uległo wessaniu.

O godz. 5. min. 35—40 wstrzyknięto do żyły szyjnej 4·1 gr. soli kuchennej. Pętlę prawidłową dopełniono do pierwotnego napięcia.

O godz. 6. pętla pozbawiona nerwów zmniejszona do połowy swojej objętości, druga zupełnie próżna.

Podobnie jak doświadczenia dopiero co opisane przebiegały i te, w których badaliśmy wchłanianie z jam surowiczych. Za najodpowiedniejsze uważaliśmy dla swych celów jamę opłucnową i staw kolanowy u psów. Doświadczenia z stawem robiono w następujący sposób: Po przecięciu skóry na zewnątrz od rzepki wprowadzano do stawu za pomocą ostrej strzykawki Pravaza 0·6% roztwór soli kuchennej aż do najmocniejszego napięcia. Po upływie pewnego czasu wkłuwano po raz wtóry strzykawkę i starano się wyciągnąć cały płyn, który w stawie pozostał. Jasną jest rzeczą, że w ten sposób nie udaje się wydobyć wszystkiego, co jeszcze nie uległo wessaniu; jednakże błąd, który przez to popełniamy, nie zmniejsza wcale znaczenia naszych doświadczeń, gdyż, jak się zaraz przekonamy, błąd ten wypada na naszą niekorzyść. Następnie wstrzykiwano do drugiego stawu kolanowego równą ilość fizyologicznego rozczynu soli a do krwi wprowadzano 10% roztwór w odpowiedniej ilości. Po upływie takiego samego czasu, jak w pierwszej części doświadczenia, zabijano zwierzę i otworzywszy drugi staw wydobywano całą ilość pozostałego w nim płynu.

W ten sposób wykonano następujące doświadczenie:

VII. Pies 3 kg. ważący.

O godz. 4. min. 48 wprowadzono do lewego stawu kolanowego 4 cm. sz. 0·6% rozczynu soli.

O godz. 5. min. 15 zdołano wydobyć z stawu jeszcze 3 cm. sz. płynu.

O godz. 5. min. 18 wstrzyknięto 1·8 gr. Na Cl do żyły szyjnej i 5 cm. sz. sz. 0·6% rozczynu soli do prawego stawu kolanowego.

O godz. 5. min. 45 zwierzę zabito. W prawym stawie kolanowym znaleziono zaledwie ślad płynu.

Podczas gdy zatem po wstrzyknięciu soli kuchennej do krwi, prawie cała ilość płynu wprowadzonego do wnętrza stawu uległa wessaniu, to przedtem pozostało przynajmniej 3 cm. sz. czyli $^3/_4$ wprowadzonej ilości jako nie wessane.

O wiele więcej powikłane były doświadczenia wykonane w jamie opłucnowej. Z przyczyn łatwo zrozumiałych, mianowicie ze względu na to, że niema sposobu dokładnego oznaczenia pozostałej niewessanej ilości płynu, nie pozostawało nam nic innego, jak rozdzielenie każdego doświadczenia na dwa osobniki tego samego gatunku, względnie wykonywanie doświadczeń kontrolujących. Jest rzeczą jasną, że wyniki z takich doświadczeń tracą na znaczeniu, albowiem przypuszczenie, że dwa zwierzęta w równych warunkach jednakowo się zachowują, nie jest uzasadnione. Jednakże chwyciliśmy się tego środka dlatego, że nie rozporządzaliśmy lepszą metodą.

VIII. A) Pies 4·5 kg. bez narkozy.

O godz. 10. min. 45—55 wprowadzono do prawej jamy opłucnowej 258 cm. sz. 0·6% rozczynu soli kuchennej.

O godz. 11. wstrzyknięto 2·8 gr. soli kuchennej do żyły szyjnej; zwierzę odwiązano. Pies okazywał w wysokim stopniu pragnienie; nieco wody, którą mu podano, pił chciwie.

O godz. 12. min. 20 został zabity. W jamie opłucnowej znaleziono jeszcze 56 cm. sz. płynu krwawo zabarwionego; uległo zatem koło 200 cm. sz. ($^4/_5$ całej ilości) wessaniu.

Dalszy wynik sekcyi: jelito próżne, pęcherz napełniony.

B) Pies 5·7 kg. ważący, bez narkozy.

O godzinie 11. minut 15—30 wstrzyknięto 250 cm. sz. 0·6% rozczynu Na Cl do prawej jamy opłucnowej.

O godzinie 12, minut 50 zwierzę zabito.

W jamie opłucnowej znachodziło się jeszcze koło 130 cm. sz. płynu mało co zabarwionego.

Podczas gdy zatem w doświadczeniu *A)* przymieszka krwi z pewnością obniżająco działała na wessanie, mimo to uległo po wprowadzeniu soli do krwi dwa razy tyle płynu wessaniu, jak u zwierzęcia prawidłowego (*B*).

IX. A) Królik 1·125 kg. ważący.

O godzinie 11. wstrzyknięto do żyły szyjnej 0·7 gr. soli kuchennej.

O godzinie 11. minut 10 wprowadzono do prawej jamy opłucnowej 20 cm. sz. 0·6% Na Cl.

O godzinie 12. minut 10 zwierzę zabito. W klatce piersiowej znaleziono koło 10 cm. sz. k r w a w e g o płynu.

B) Królik 1·000 kg. ważący.

O godzinie 11. minut 13 wprowadzono do prawej jamy opłucnowej 20 cm. sz. 0·6% rozczynu soli kuchennej.

O godzinie 12. minut 15 znaleziono po zabiciu zwierzęcia w jamie opłucnowej 16·5 cm. sz. mało co zabarwionego płynu. (Dok. nast.)

II. Z lecznicy chirurgicznej Drów Adolfa Grünbauma i Samuela Centnerszwera w Warszawie.

Kilka spostrzeżeń nad przerzutami złośliwych nowotworów, które pierwotnie rozwinęły się w narządzie płciowym u kobiet.

Skreślił

Dr. A. Grünbaum.

(Dok. Patrz Nr. 27).

S p o s t r z e ż e n i e IV. Pacyentka B. R., ze Słucka, przybyła do naszej lecznicy 31. maja 1892 r. z *carcinoma mammae sinistrae et glandularum subaxillarium* i ze skargą na zboczenia ze strony przewodu pokarmowego; mianowicie: brak łaknienia, odbijanie się i zaparcie stolca. Wywiady: Pacyentka 60 lat wieku, przed pół rokiem spostrzegła pierwszy raz u siebie w gruczole sutkowym guzik wielkości laskowego orzecha, na który, mimo dotkliwego bólu, do ostatnich czasów niewielką zwracała uwagę. Przed czterema tygodniami pojawiły się u niej wyżej wspomniane zboczenia żołądkowe. Stan obecny: Guz w lewym gruczole sutkowym, wielkości pięści, niebolesny, mało ruchomy i twardy. Skóra nad nim nieprzesuwalna i miejscami wciągnięta. Gruczoły w pasze przedstawiają się w postaci konglomeratu bardzo głęboko wnikających guzów. W narządach brzusznych za pomocą klinicznego badania nie mogłem wykryć żadnych zmian anatomicznych. *Operatio. Extirpatio mammae et glandul. subaxill.* Te ostatnie oddzielono na znacznej przestrzeni od żyły pachowej. Zeszycie brzegów rany. Opatrzenie. Przebieg pooperacyjny aseptyczny. *Prima intentio* na całym obszarze. Ponieważ i po operacyi wyżej wspomniane objawy żołądkowe nie ustąpiły a wejrzenie charłacze stawało się z każdym dniem widoczniejszem, przeto też dnia 9. czerwca 1892 r. jeszcze raz pacyentkę tę dokładnie zbadałem, przyczem znalazłem, że na dolnej powierzchni wątroby, szczególniej na prawym jej zrazie, daje się wyczuć kilka nieznacznych i niebolesnych wyniosłości. Guzowatości te tak szybko rosły, że 24. czerwca już miały dosyć duże rozmiary i postać bardzo zrazikowatą. Stępienie odgłosu opukowego sięgało wtedy w tem miejscu na 4 palce poniżej łuku żebrowego. Rakowe to charłactwo, do którego następnie przyłączyła się mocna żółtaczka, rozwinęło się u naszej pacyentki tak szybko i w tak znacznym stopniu, że w kilka dni po powrocie do domu, t. j. około połowy lipca 1892 r. zmarła.

S p o s t r z e ż e n i e V. Pacyentka R. T., z Brześcia Lit., przybyła do naszej lecznicy z polecenia prof. Kosińskiego dnia 24. listopada 1892 r. w celu poddania się laparotomii. Wywiady: Pacyentka 37 lat wieku, zamężna, rodziła 4 razy. Menstrua odbywają się u niej jeszcze obecnie prawidłowo. Do ostatnich czasów nigdy podobnie nie chorowała. Przed 14 tygodniami zaczęła, bez żadnej wiadomej przyczyny, doznawać rozmaitych ze strony żołądka zboczeń, które, niby to po piciu zalecanej jej wody Karlsbadzkiej, ustąpiły w zupełności. Przed czterema tygodniami zachorowała znowu na mocną żółtaczkę, która pojawiła się nader nagle. Wtedy również skonstatowano istnienie u niej w jamie brzusznej wodnej puchliny. Żółtaczka przez cały ten czas w jednakowym pozostała stopniu, płyn zaś zbierał się w jamie brzusznej w coraz znaczniejszej ilości tak, że ostatecznie wskutek wystąpienia objawów duszności wykonano u niej dwukrotnie nakłucie brzucha z wypuszczeniem płynu. Wydobyty za drugiem nakłuciem płyn, jakem się dopiero później dowiedział, był surowiczo krwawy. Ponieważ stan pacyentki pogarszał się coraz bardziej, przeto też zgłosiła się po poradę do prof. Kosińskiego, który zbadawszy przekonał się, że w prawem podżebrzu znajduje się guz, wychodzący prawdopodobnie z żółciowego pęcherzyka. — Określić jednak z pewnością istotę, pochodzenie i anatomiczne stósunki tego ostatniego było niemożliwem. Dlatego też uprzedził otoczenie, że należy nasamprzód próbną wykonać laparotomię, którą następnie, może być, można będzie zmienić na radykalną. W tym więc celu przybyła wspomniana pacyentka do naszej lecznicy.

Badanie przed operacyą wykazało: 1) że pacyentka ta dotknięta jest nadzwyczaj wielką puchliną wodną brzucha (*ascites*) i mocną żółtaczką; 2) że w prawem podżebrzu znajduje się niebolesny i niechełbocący guz, wielkości dużej pięści, gruszkowatej postaci, z szeroką, odwróconą do powłok brzusznych podstawą; 3) że guz ten, jak się zdawało, swoją szypułą był mocno przyczepiony albo do otrzewny tylnej ściany brzusznej, albo do trzustki; 4) że guz ten można było tylko w części oddzielić od wątroby; 5) że odgłos wypukowy brzucha w różnych położeniach chorej był najbardziej stępiony w okolicy pępka, wyraźnie zaś bębenkowy po bokach i 6) że jamę tym płynem napełnioną, można było w zupełności oddzielić od wspomnionego guza. W narządach klatki piersiowej nie można było wykryć żadnych zboczeń anatomicznych. Również badanie macicy i jej dodatków do żadnych dodatnich nie doprowadziło rezultatów. Mocz, który oddawała często i w małych ilościach, był nasycony barwikiem żółciowym. Żadnych innych chemicznych i morfologicznych zmian w nim nie wykryto. Ciepłota ciała przed operacyą 38·2—37·4. Tętno 120. Fala miękka. Oddechów 32. Chora wycieńczona i apatyczna. 25. lutego 1892 laparotomia. Po otworzeniu jamy otrzewny i wypuszczeniu całej ilości zawartego w niej surowiczo-krwawego płynu, około 6000.00, znaleziono: 1) że ów guz, który wyczuwano przez powłoki brzuszne, nie był niczem innem, jak tylko mocno wypełnionym i mocno napiętym pęcherzem żółciowym; 2) że przewód żółciowy wspólny (*ductus choledochus*) był otoczony ze wszystkich stron małemi guziczkami wielkości ziarnka prosa do wielkości ziarna grochu; 3) że takie same guziczki znajdowały się w znacznej ilości na dolnej powierzchni wątroby, na kiszce, sieci i na surowiczej powierzchni jelit, które były w większej części spojone tak między sobą, jak i ze siecią za pomocą świeżych zlepów i 4) że oba jajniki były znacznie powiększone, twarde i zrazikowate. Ponieważ drobnowidowe badanie wykazało, że guzy te i guziczki są rakowatej natury, przeto też przypuszczano, że cała ta patologiczna sprawa rozpoczęła się niewątpliwie w jajnikach, zkąd następnie rozwinęły się wyżej wyliczone przerzuty ze wspomnianemi skutkami. Samo przez się rozumie się, że cały ten zabieg operacyjny należało na próbnej kończyć laparatomii. Chora ta w 26 godzin po operacyi zmarła wśród objawów zapadu.

Zestawiwszy tylko co opisane spostrzeżenia, widzimy: 1) że złośliwe te nowotwory rozwinęły się pierwotnie u dwóch

pacyentek w jajnikach, u jednej w części pochwowej macicy, u jednej w przegrodzie prostnico-pochwowej i u jednej zresztą w gruczole sutkowym; 2) że przerzuty u wszystkich tych chorych pojawiły się już wtedy, kiedy jeszcze pierwotne guzy nie przeszły w okres rozpadu; 3) że u trzech z tych pacyentek dowiedziano się o istnieniu pierwotnych nowotworów, albo dopiero podczas operacyi, albo na krótko przed nią, albo nareszcie, jak to było w przypadku L. E. z Łyszkowic, zupełnie przypadkowo, t. j. wtedy, kiedy objawy, które wtórne wywołały guzy, stały się nazbyt groźnemi; 4) że wszystkie te wtórne guzy rozwinęły się w stósunku do pierwotnych w kierunku dośrodkowym i 5) że trzy z tych ostatnich rozwinęły się w lewej połowie klatki piersiowej: jeden w tkance płucnej, jeden wewnątrz jamy, prawdopodobnie także w tkance płucnej i jeden zresztą pod gruczołem sutkowym okolicy trzeciego żebra; dwa zaś pozostałe, względnie trzy, jużto w samej wątrobie, jużto w tej ostatniej i w tkankach, z których bierze początek system żyły wrotnej *(vena portae)*.

Ponieważ przeniesienie się komórek chorobotwórczych z pierwotnych ognisk w kierunku dośrodkowym mogło się odbyć wyłącznie przez żyły, to należy przypuszczać, że we wszystkich tych przypadkach wtórne te guzy rozwinęły się tylko po odbyciu przez wspomnianą komórkę w żyłach biegu wstecznego (*Rücklaüfiger Transport*). Że to ostatnie przypuszczenie na anatomicznych i faktycznych oparte jest danych, postaram się zaraz dowieść. Anatomo-patologiczne i kliniczne spostrzeżenia Recklinghausena, Hausera i wielu innych badaczy, szczególniej zaś doświadczenia prof. Arnolda[1]) dosyć dowodnie wykazały, że zarówno w przedsionkach serca, jako też w pozbawionych zastawek żyłach za najmniejszem zakłóceniem w czynności oddychania, t. j. za jakiemkolwiekbądź zmniejszeniem się ujemnego ciśnienia odbywają się biegi wsteczne; przyczem krew cofając się, unosi ze sobą znajdujące się w niej przypadkowo obce ciała a jak było w tych doświadczeniach, wstrzyknięte do żyły szyjnej wewnętrznej drobne ziarnka otrąb pszennych. Ponieważ u naszych pacyentek wszystkie te przerzuty odbywały się od narządu płciowego — pochwy, macicy i jajników — i lewego gruczołu sutkowego do lewego płuca i wątroby, musimy zatem przyjąć, że w kierunku do prawego serca chorobotwórcze te komórki przenosiły się przez żyły. Żeby te komórki u każdej z naszych chorych, dostawszy się wskazaną drogą do prawego serca, przebywały następnie naczynia włosowate tętnicy płucnej i w dalszym ciągu przez tętnice przenosiły się do wskazanych wyłącznie narządów, w których dały początek wtórnym guzom, chyba każdemu musi się wydać arcydziwnem. Niewymownie bowiem trudno było wytłómaczyć sobie ową systematyczność w wyborze miejsca, lewe płuco i wątrobę, dla rozwoju tych przerzutów, przy najzupełniejszem szczędzeniu wszelkich innych tkanek i narządów, Od histochemicznych chyba właściwości tych ostatnich to zależeć nie może.

Mojem tedy zdaniem, opisane co tylko spostrzeżenia potwierdzają klinicznie w zupełności wyniki, jakie otrzymał prof. Arnold w swoich, wyżej wspomnianych na królikach doświadczeniach, mianowicie, że przy najmniejszem nawet zakłóceniu w ujemnem ciśnieniu, jak n. p. w chwilowej i nieznacznej już duszności, występują w przedsionkach i żyłach wewnętrznych aż do udowej biegi wsteczne, przyczem krew cofając się, unosi z powrotem znajdujące się w niej obce ciała. Dalsze zaś przeniesienie się tych cofniętych ciał do naczyń włosowatych odbywa się stopniowo i powoli dopóty, dopóki nie napotkają na jakąś przeszkodę, która wstrzymuje je w swojej odwrotnej wędrówce

Ciała przeto takie w ten sposób zatrzymane, wywołują w danem miejscu, stósownie do swojej istoty i okoliczności miejscowych, odpowiednie zboczenia. Że okoliczności wywołujące dłuższą lub krótszą duszność w ustroju ludzkim zdarzają się nazbyt często, że biegi wsteczne muszą się wtedy odbywać szczególniej z przedsionków w największych rozmiarach, że ciała zatorowe nawet najdrobniejsze, wyprowadzone w ten sposób ze swego prawidłowego biegu, natrafiwszy na najmarniejszą nawet przeszkodę, już dalej wędrować nie mogą, że przeszkód takich nadzwyczajna istnieje moc, gdzie mamy miliony włosowatych rozgałęzień naczyń, jak n. p. w wątrobie, płucach, jelitach, kresce i t. p., zapewne każdemu dobrze wiadomo. Opierając się więc na tylko co wyliczonym szeregu danych, będziemy mogli z łatwością określić drogi żylne, jakiemi u każdej z naszych pacyentek zatory te nowotworowe lub chorobotwórcze komórki przywędrowały od pierwotnych swoich ognisk do lewego płuca, wątroby, rozgałęzień żyły wrotnej i okolicy lewego gruczołu sutkowego. I tak w pierwszych dwóch opisanych przezemnie spostrzeżeniach, t. j. w pierwotnym guzie *a*) w przegrodzie prostnico-pochwowej i *b*) w części pochwowej macicy a wtórnych guzach w lewem płucu, należy przypuszczać, że zatory te, odbywszy swoją drogę po żyle głównej dolnej do prawego serca, tętnicy płucnej, do lewego przedsionka, dostały się ztąd biegiem wstecznym napowrót do lewego płuca, w którem ostatecznie usadowiły się i wywołały wtórne w nim guzy.

Że zatory takie cofając się z lewego przedsionka, daleko łatwiej dostają się do żył lewego płuca i prędzej w nich sadowią się, wynika z różnicy, jaka istnieje między niemi a żyłami prawego płuca w anatomicznem położeniu i długości. Bardziej powierzchowne położenie żył lewego płuca i ich krótkość sprawiają, że ciała zatorowe we wstecznym swoim biegu dostają się do nich daleko łatwiej i prędzej dosięgają w nich ostatecznych rozgałęzień, gdzie utkwiwszy dają początek rozwojowi nowego guza. Daleko prostszą przedstawia się droga, jaką odbywają zatory od gruczołów sutkowych, a jak w moich spostrzeżeniach, od lewego gruczołu do wątroby. Ostatnie te przerzuty dostawszy się prawidłową drogą do żyły głównej górnej i prawego przedsionka, mogą, doznawszy w tem miejscu przeszkody w swojej dalszej wędrówce do prawej komórki, cofać się jużto w kierunku znowu żyły głównej górnej lub też w kierunku żyły głównej dolnej i żył wątrobowych, w których drobnych rozgałęzieniach zatrzymują się ostatecznie.

W równieź łatwy sposób możemy przedstawić drogę żylną, jaką odbyły przerzuty w naszym piątym przypadku, t. j. od jajników do układu żyły wrotnej *(v. portae)*. Jeżeli tylko przypomnimy sobie: 1) że żyły jajnikowe kończą się w ten sam sposób, jak żyły nasienne u mężczyzn, t. j. że niekiedy zostają w bezpośredniej styczności z układem żyły wrotnej i 2) że ujemne ciśnienie w głównym pniu tej ostatniej musi podlegać nader częstym, nagłym i nieproporcyonalnym zmianom, to każdy mi przyzna, że fale zwrotne ze żyły wrotnej do żył pęcherzyka żółciowego, kreskowych

[1]) Virchows Arch. Bd. CXXIV. 3. 1891 r.

i t. d. zdarzają się niewątpliwie bardzo często. Przedstawiony tylko co sposób przeniesienia się przerzutów może, na pierwszy rzut oka, wydać się mniej prawdopodobnym w opisanym przezemnie przypadku H. z Warszawy. U tej bowiem pacyentki w 18 miesięcy po wyłuszczeniu torbielo- mięsaków jajników pojawiła się recydywa w okolicy trzeciego lub czwartego żebra pod lewym gruczołem sutkowym. Jeżeli jednak przypomnimy sobie następujące okoliczności: że w lewym jajniku patologiczna ta sprawa w daleko większym stopniu była rozwinięta, że następnie można było wyczuć z lewej strony macicy stwardnienie niewielkich rozmiarów i że żyły nadbrzuszne wlewające się do żył biodrowych wewnętrznych, łączą się z żyłami sutkowemi i międzyżebrowemi, to odrazu w nader jasny sposób przedstawi się nam droga żylna, którą zator nowotworowy odbył u tej pacyentki. W tym ostatnim przeto przypadku należy przypuszczać, że w szypule pozostałej po wycięciu lewego jajnika, rozwinął się wtórny, niewielkich rozmiarów mięsak, z którego to ostatecznie zator drogą tylko co wymienionych żył dostał się do trzeciej lub czwartej żyły międzyżebrowej, gdzie dał początek rozwojowi spostrzeganego przez nas kościomięsaka żebra.

Mimo, że brak pośmiertnego badania zwłok czyni podane przezemnie spostrzeżenia po części mniej zaokrąglonemi a wyprowadzone wnioski mniej pewnemi, uważałem jednak za obowiązek do publicznej podać je wiadomości, gdyż tylko tym sposobem mogę na daną kwestyę zwrócić uwagę tych Kolegów chirurgów, którzy, będąc co do sekcyj mniej krępowani, rozporządzają pod tym względem dość znacznym materyałem.

III. Oceny i sprawozdania.

Terapia.

Prof. E. H. Kisch: **Leczenie przypadłości u kobiet w latach zwrotu płciowego.**

Liczne przypadłości u kobiet w latach zwrotu płciowego są przeważnie następstwem zboczeń w obiegu krwi i zmian w układzie nerwowym.

Skłonność do krwawienia z rozmaitych organów, zwiększenie się transpiracyi skóry, zawroty, napadowo występująca tachikardya, objawy zastoju żylnego w trzewach brzusznych, krwawnice, niepokój umysłowy i fizyczny, niektóre zmiany chorobowe w narządzie płciowym obok wielu innych przypadów stanowią wcale sporą wiązankę dolegliwości nagabujących wiele kobiet w tym przejściowym okresie.

Co się tyczy leczenia, to dawniej często w tych przypadkach używanych upustów krwi, teraz zaniechano.

Środki przeczyszczające odgrywają tu z wielu względów ważną rolę a systematyczne ich stósowanie przynosi w wielu przypadkach znaczną ulgę. Wskazanie do ich podawania stanowią przekrwienia zastoinowe, nawały krwi, zmiany w narządach płciowych i ich częściach dodatkowych, tak często w tych latach napotykane a w końcu nawykowe zaparcie żywota.

Do dłuższego używania nadają się tamaryndy, manna, powidła śliwowe, rzewień i sole; natomiast wszelkich środków drastycznych należy unikać i co najwięcej do jednorazowego podania ograniczyć. Obok tego polecenia godne są lewatywy i wlewania do jelit wody 18—20° R., jak również opaski wilgotne na brzuch.

Z korzyścią można także używać wód mineralnych zawierających sól glauberską, jak Friedrichshall, Püllna, Saidschütz a leczenie w zakładach kąpielowych jak Marienbad, Tarasp, Karlsbad oddaje niekiedy bardzo dobre usługi.

Kąpiele letnie 24—25° R. są bardzo ważnym czynnikiem higienicznym i leczniczym, gdyż wpływając bardzo korzystnie na tak ważną funkcyę skóry, działają zarazem uspakajająco na system nerwowy i zapobiegają występywaniu chorób skórnych, jak trądzikowi, wypryskom, swędzeniu.

Z zakładów kąpielowych w tym celu polecenia godne są akratotermy w górskiej okolicy położone, jak Gastein, Johannisbad, Landeck, Wildbad; natomiast szczawy bogate w kwas węglowy, kąpiele żeleziste i solankowe uważa za nieodpowiednie z przyczyny ich działania pobudzającego na układ naczyniowy i z tem związanego napływu krwi do narządów w miednicy położonych. Przeciwwskazane są również kąpiele morskie i zabiegi wodolecznicze.

W znaczniejszych krwawieniach z macicy, typowych lub atypowych, wskazanem jest, stósownie do ich natężenia, spokojne leżenie na wznak dopóty, dopóki utrzymuje się krwawienie, miejscowo użycie zimna w postaci okładów na dolną część brzucha i wystrzykiwań pochwy czystą, zimną wodą, względnie z dodatkiem roztworu półtorachlorku żelaza (*Liquor sesquichlor. 15·0, aquae destill. 200·0*, z tego 2—4 łyżki na litr wody) a gdy to zawodzi, należy przystąpić do tamponowania gazą jodoformową.

Wewnętrznie poleca *Tinct. haemostyptica Deureli* (20 kropel kilka razy dziennie) i *Extractum fluid. hydrast. canadensis.* Obok tego zachowanie odpowiedniej dyety i uregulowanie stolca.

Świąd sromu i pochwy, nierzadkie a najwięcej dokuczliwe cierpienie, które czasem jest pierwszym objawem rozwijającego się raka części pochwowej, łagodzą najlepiej letnie kąpiele (25° R.) z dodatkiem kilograma otręb pszennych, codziennie po 20 minut bezpośrednio przed spaniem używane. Po kąpieli srom i jego okolicę należy po dokładnem obsuszeniu posypać pudrem według przepisu:

Acidi salicylici 2·0
Amyli oryzae
Talci veneti pulv.
āā 50·0

Pudrowanie to należy powtarzać kilka razy na dzień.

Wielki wpływ na zabezpieczanie i zmniejszanie przypadłości w tym okresie ma ścisłe uregulowanie dyety i ze względu na nie odróżnia dwa typy kobiet: jeden dobrze zbudowanych i odżywionych, pełnokrwistych, skłonnych do otyłości, drugi nerwowych o budowie wątłej; dla pierwszych jest wskazaną dyeta nie zbyt pożywna, unikanie pokarmów przysparzających tłuszczu ustrojowi, mocne ruchy fizyczne; dla drugich zaleca dyetę pożywną z obfitym dodatkiem substancyj skrobiowatych, unikanie wszelkich kwasów i napojów wyskokowych, spokój fizyczny i umysłowy.

Kobiety w tym okresie powinny również powstrzymywać się od częstego spółkowania i unikać wszelkich szkodliwości, któreby mogły sprowadzić nagłe ustąpienie regularności. Stan psychiczny tych kobiet zasługuje także na uwzględnienie ze strony lekarza. (*Therapeutische Monatsh. Nr. 2. 1893*).

Chirurgia.

E. Schwartz i E. Rochard: **Przyczynek do nauki o przepuklinach przeponowych uwięzłych.**

Niezupełnie jasna a bądź co bądź, co się tyczy leczenia, wcale nie załatwiona sprawa przepuklin przeponowych, jest tematem rozprawy, która powstała z okazyi jednego, ale ciekawego przypadku. Naprowadził on autora na pewne nowe myśli co do sposobu zarówno usunięcia uwięźnięcia jako też, o ile można, doszczętnego leczenia przepukliny a nadto rzucił pewne światło na błędy i trudności w jej rozpoznawaniu. Przypadek ten przedstawia się w krótkości tak: mężczyzna w sile wieku zgłosił się do szpitala prof. Duplaya z objawami od 14 dni trwającego *ileus*, który powstał nagle i bez żadnej przyczyny. Gdy wszelkie łagodniejsze środki zawiodły, przystąpił prof. Schwartz do laparotomii, podczas której mimo starannego przeszukania brzucha żadnej przeszkody ani guza nie znalazł, ograniczył się więc

na założeniu w okolicy kiszki ślepej sztucznej odbytnicy. Chory zaś pod objawami dalszego trwania niedrożności jelit dnia następnego umarł.

Sekcya wykazała w lewem podżebrzu, w głębi, przepuklinę przeponową z samego kolana przeginającego się jelita grubego utworzoną, uwięzłą i częściowo już dotkniętą zgorzelą, ale bez przedziurawienia. Nie ulega wątpliwości, że była to przepuklina nabyta, która zdaje się rownocześnie z powstaniem uległa uwięźnieniu, jakkolwiek wywiady o dobrowolnem (bez jakiegokolwiek wysilenia chorego) powstaniu temu się sprzeciwiają; rozpoznanie było czystem niepodobieństwem, bo nie było ani bolu w lewem podżebrzu ani zwiększenia się oporu. Ze strony płuc mogą wprawdzie być pewne znaki, jak stłumienie, brak szmerów i t. d. — ale zjawiska te można pomięszać z zapaleniem opłucny, a nadto odpowiadają przepuklinom bardzo wielkim a więc wrodzonym, a tu takiej nie było. Jeszcze smutniejsza, że nawet podczas laparotomii nie zrobiono rozpoznania, a jednak i to uważają autorowie, za zupełnie usprawiedliwione; tak trudną jest rzeczą, wobec wdęcia brzucha zbadać te głębokie zaułki podżebrowe.

Zresztą nawet wobec szczęśliwego rozpoznania terapia była bezsilną. Już wprawdzie Péan robił umyślnie laparotomię, celem usunięcia rozpoznanej przepukliny przeponowej, ale uwolnienie tym sposobem przepukliny wydaje się bardzo trudnem, czasem wprost niemożebnem. Samo pociąganie uwięzłej pętli jest daremnem lub szkodliwem; wprowadzenie noża po prostu niemożebnem, a i palcem za radą Malgaigna chyba trudnoby było wrota rozszerzyć. Przypuśćmy jednak, że i tę trudność się przezwyciężyło, czyż to obojętna, że zgorzelinowe jelito wpadnie do jamy otrzewnowej, a cała treść worka przepuklinowego tam się wyleje? Jeżeliby cudownym sposobem nawet to niebezpieczeństwo się ominęło, powstanie dziura w przeponie, której zaszycie jest wprost niemożebnem(?).

Wobec takich okoliczności, szukają autorowie innego dostępu do przepukliny przeponowej i znajdują go, przez opłucną (*par la voie transpleurale*); operacya jest możebną i nawet łatwą. Cięcie w kształcie U, T, lub H, długie na 12—15 cm., z wycięciem tymczasowem i uniesieniem 9. żebra. Jeżeli to nie wystarczy, można resekować i dziesiąte żebro; przystęp jest wyborny, na kopule przeponowej daje się łatwo przeprowadzić każdy zabieg.

Jeżeli zrobiono poprzednio laparatomię, należy cięcie brzuszne tymczasowo zamknąć szwami, aby sobie w danym razie można pomódz ze strony brzucha.

Co do niebezpieczeństwa powstającego z odmy i kurczenia się płuca, nie przedstawia się rzecz również groźnie. Przekonywają o tem obserwacye i doświadczenia Postempskiego w Rzymie, czynione z powodu ran przepony, który przytacza siedm przypadków wyleczonych przez operacyą wskróśopłucnową. Powietrze znikało szybko z jamy opłucnowej po jej dokładnem zaszyciu a płuco rozszerzało się w miarę tego tak, że 8go dnia zajmowało zwykle prawidłowe granice. Raz tylko widział lekkie zapalenie opłucnej. Nadzwyczaj dobre wyniki zawdzięcza Postempski, co prawda, temu, że miał zawsze do czynienia z ranami czystemi, z przepuklinami urazowemi nieuwięzłemi, w każdym razie są to rzeczy bardzo zachęcające. Choćby przyszło nawet do ropnego zapalenia opłucny, chory jeszcze ma więcej szans wyzdrowienia, niż bez wszelkiego zabiegu operacyjnego. W razie zgorzeli jelita należałoby bezwarunkowo robić resekcyą. Taką samą myśl, jak autorowie niniejszej rozprawy, ogłosił już w r. 1889 chirurg szwedzki Perman.

(Jakkolwiek praca omówiona przedstawia ciekawy, choć niezupełnie nowy przyczynek do leczenia przepuklin przeponowych i choć nie da się zaprzeczyć, że proponowana metoda ma wielkie zalety, razi w niej przesada w przedstawieniu trudności wynalezienia i operowania przepukliny od strony brzucha, a więc przez laparotomią. Tak niemożliwie rzecz się nie przedstawia, a skoro się już laparatomię zrobiło, co wobec niepewnych objawów tego rodzaju przepukliny najczęściej nastąpi, warto cierpliwie przeszkodę wyszukać a wyszukawszy spróbować odprowadzić; w ostatecznym zaś dopiero razie próbować drogi wskazanej przez autorów. Cięcie prof. Rydygiera podane do ran przeponowych, wydaje się i tu najodpowiedniejszem. *Przyp. sprawozdawcy.*). *Dr. Gabryszewski.*

Medycyna sądowa.

Ipsen: Przypadek otrucia kwasem azotowym.

I. wykonał sekcyę zwłok 55 letniej kobiety, która w zamiarze samobójczym otruła się kwasem azotowym. Sekcya wykazała charakterystyczne zmiany w górnej części przewodu pokarmowego, mianowicie żółte zabarwienie błony śluzowej jamy ust, gardziela i żołądka. Ściany żołądka były kruche; zniszczona błona śluzowa przedstawiała się jako bezpostaciowa miazga, bronzowo-żółto zabarwiona, zmięszana z czarnemi skrzepami krwi. Podobny obraz przedstawiała dwunastnica. Dokładne badania narządów doprowadziły autora do następujących wniosków: obraz anatomiczny otruć kwasem azotowym zyskuje na wybitności przez zmiany pośmiertne, zwłaszcza przez przenikanie kwasu przez nienaruszone ściany żołądka w okoliczne narządy, które ulegają nadżarciom; krew zaś krzepnie pod wpływem kwasu tak w sercu, jak i wielkich naczyniach.

Zupełnie zgodnie z doświadczeniami dokonanemi na zwierzętach, stwierdza się także w człowieku znaczne zmniejszenie alkaliczności krwi, jakkowiek nawet po spożyciu wielkich ilości kwasu odczyn krwi pozostaje zasadowym. Śmierć następuje w przypadkach o ostrym przebiegu wskutek zubożenia krwi i płynów surowiczych ustroju w sole zasadowe; zmniejszenie się bowiem ilości połączeń zasadowych wywołuje zboczenia w oddechaniu i krążeniu.

Obok zmian w przewodzie pokarmowym spotyka się w nerkach obraz nekrozy koagulacyjnej przybłonków cewek. (*Vierteljsch. f. ger. Med. 3. F. VI. 1. 1893. Dr. Wachholz.*

Notatki terapeutyczne.

Jak wypada z doświadczeń Poulsona i Quirlla, przez równoczesne podanie wyciągu korzenia paproci i tłustego oleju nastaje niebezpieczeństwo zatrucia, ponieważ czerwiogubny a i dla człowieka trujący bezwodnik kwasu paprociowego rozpuszcza się w tłustych olejach i łatwo wtedy może być wessany. Dlatego Poulson radzi, by równocześnie nie przepisywać wyciągu korzenia paproci i oleju rącznikowego, w miejsce którego można użyć snadnie kalomelu.

Crequy radzi w tym celu posługiwać się przepisem:

82) Rp. *Exti filicis aetherei 8·00*
Calomelanos 0·80
Div. in dos. aeq. sedecim.
D. in capsulis amylaceis.
S. Co 10 minut zażywać po dwie torebki.

W miejsce kreozotu zaleca Hughes u suchotników niegorączkujących benzosol według formuły:

83) Rp. *Benzosoli 5·00*
Olei menthae pip. 0·10
f. trochisci nro viginti.
S. W pierwszym tygodniu zażywać trzy razy dziennie po jedzeniu po kołaczyku, w 2., 3. i 4. tygodniu trzy razy dziennie po 2 kołaczyki, w 5. tygodniu jak w pierwszym, w 6. nic nie zażywać, w 7. rozpocząć nową kolej zażywania.

W przewlekłych ropieniach ucha środkowego mających skłonność do tworzenia ziarnin (granulacyj) zaleca Katz zapuszczanie roztworu wyskokowego kwasu borowego:

84) Rp. *Acidi borici 2·00*
Spir. vini rectificatissimi 98·00
MDS. Krople do uszu.
(*Ther. Mtshefte*).

IV. Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich.

Podał
Dr. Karol Klecki.

W ubiegły wtorek, d. 11. lipca o g. 8½ rano zebrali się w murach kliniki chirurgicznej uczestnicy zjazdu, by pod

przewodnictwem prof. Rydygiera, stałego prezesa zjazdów chirurgów polskich, rozpocząć doroczne obrady. Pod względem liczebnym zjazd tegoroczny przedstawia się skromniej, aniżeli zjazdy z lat ubiegłych, zwłaszcza, że z pośród tak licznych lekarzy ordynujących czyli prymaryuszów oddziałów chirurgicznych szpitali galicyjskich pierwszego dnia zjazdu nikt się nie stawił, co tem bardziej zadziwia, że trudno przypuścić, by wszyscy chirurdzy galicyjscy jednocześnie tak poważne mieli przeszkody, że przybycie na 3 dni do Krakowa byłoby dla nich niepodobnem.

Ze Lwowa przybyli Drowie: Wehr, z Warszawy Drowie: Sawicki, Radziwiłłowicz i Tokarski, z Kielc Dr. Czaplicki, z Oświęcima Dr. Łucki, z Prus Dr. Pomierski, z Radomyśla Dr. Ferensiewicz, z Białej Dr. Kapelusz.

Na zjeździe były więc reprezentowane głównie siły krakowskie, zwłaszcza, że na pierwsze posiedzenie oprócz dwu naszych professorów chirurgii, Drów Rydygiera i Obalińskiego oraz docentów Bossowskiego i Trzebickiego przyszło wielu profesorów Uniwersytetu Jagiellońskiego, mianowicie: Prof. Browicz, Cybulski, Pieniążek, Mars, Jaworski, Gluziński i Kostanecki. Lekarze wojskowi byli reprezentowani przez szefa sanitarnego Dra Hubera, lekarza sztabowego Dra Koprzywę, oraz 3-ch młodszych lekarzy wojskowych. Grono lekarzy krakowskich oraz asystenci i elewi kliniczni dopełniali kompletu; obrad zaś zjazdu słuchało, jak i w latach ubiegłych, kilkudziesięciu uczniów medycyny. W obradach przyjmowało udział podczas pierwszego posiedzenia ogółem około 30 osób.

Zanim przystąpiono do właściwej pracy zjazdowej, zwiedzano przez godzinę gmach i urządzenia wewnętrzne kliniki chirurgicznej. Ponieważ urządzenia te są czytelnikom *Przeglądu lek.* po większej części z osobistych oględzin lub opisów znane, ograniczę się do zanotowania, że w ciągu ubiegłego roku przybył klinice chirurgicznej wcale piękny ogród spacerowy, założony dla użytku chorych na placu, zajmującym około 1½ morgi, położonym za gmachem klinicznym. Ogród ten, w drobnych szczegółach jeszcze nie zupełnie wykończony, (np. brak jeszcze ławeczek) jest ze względu na zdrowie chorych, zwłaszcza rekonwalescentów, bardzo ważnym nabytkiem, a zarazem uciechą; to też od czasu nastania dni ciepłych prawie wszyscy nasi chorzy, cierpieniem do łóżka nieprzykuci, większą część dnia spędzają na świeżem powietrzu. Po zwiedzeniu kliniki i pracowni klinicznej, zebrano się o g. 10. przed południem w sali wykładowej.

Prof. Rydygier zagaja 1. posiedzenie zjazdu powitaniem przybyłych uczestników obrad; zaznacza, że zjazd tegoroczny jest stosunkowo nieliczny, gdyż bardzo wielu lekarzy warszawskich, uczęszczających dotychczas na zjazdy chirurgów polskich, wybiera się w tym roku na międzynarodowy zjazd lekarzy w Rzymie. Udanie się zjazdu zależy jedynie od ilości i jakości zapowiedzianych wykładów; dotychczas zapowiedziano ich niewiele, ale niewątpliwie niejeden wykład zostanie jeszcze w niedalekiej przyszłości zapowiedzianym. Co się zaś tyczy jakości, czyli treści wykładów, to nasze zjazdy bynajmniej nie ustępują niemieckim; dzięki uczestnictwu wielu kolegów niechirurgów a wykształconych zawodowo w innych gałęziach, teoretycznych, często miewamy na naszych zjazdach wykłady treści ogólniejszej, wysoką wartość mające. Tak samo zapowiada się i tegoroczny zjazd pod względem materyału. Ta okoliczność, że zjazd tegoroczny nie jest zbyt licznym, nie dowodzi bynajmniej, że zjazdy te odbywają się za często; przeciwnie, na poprzednich zjazdach musiano się zawsze spieszyć, by należycie materyał zjazdowy wyzyskać, a po utworzeniu nowego wydziału lekarskiego we Lwowie, zjazdy chirurgów polskich bodaj jeszcze częstsze będą.

Szczupłe zasoby pieniężne nie pozwoliły na wydanie dwu ostatnich tomów Pamiętnika zjazdu; w roku bieżącym Pamiętnik wyjść powinien w ciągu dwu miesięcy, jeśli wszyscy uczestnicy zjazdu wniosą obowiązkowe składki. Gdyby komitetowi redakcyjnemu pozwolono przez odpowiednią uchwałę w razie potrzeby umieszczać w pamiętniku skrócenia lub streszczenia wykładów i dyskusyj, możnaby wydawać Pamiętnik znacznie tańszym kosztem. Mowca prosi wykładających, by rękopisy wykładów swoich najdalej w ciągu kilku dni składali u sekretarza zjazdu, Doc. Dra Bossowskiego. Dr. Krajewski z Warszawy za pośrednictwem Dra Radziwiłłowicza przysłał okazowy pierwszy zeszyt nowego wydawnictwa chirurgicznego polskiego, którego redakcyą rozpoczął. Jest to rodzaj Archiwum, zatytułowanego P r z e g l ą d C h i r u r g i c z n y, a przedstawiającego się wspaniale[1]). Dr. Krajewski proponuje zjazdowi umieszczanie prac zjazdowych w tem nowem wydawnictwie; Prof. Rydygier wątpi jednak, czy dałoby się to urzeczywistnić ze względu na miejsce, jakie szczegółowe referaty zjazdowe zajmują i ze względu na to, że niepodobna zmuszać członków zjazdu do ogłaszania prac swoich w pewnem wydawnictwie, gdy ono nie jest urzędowym pamiętnikiem zjazdu. Zresztą Prof. Rydygier zamierza naradzić się w tej sprawie z kolegami przybyłymi z Warszawy; zastrzega więc sobie głos w tej sprawie na później. Tymczasem otwiera zjazd i proponuje wybór prezesa i jego zastępców. Jednomyślnie uproszono Prof. Rydygiera, by na stanowisku stałego prezesa zjazdu chirurgów polskich i nadal pozostał; na wniosek zaś Prof. Obalińskiego wybrano na zastępców prezesa Drów Wehra i Sawickiego. Na stanowisku sekretarza zjazdu pozostał Doc. Dr. Bossowski, skarbnika zaś Doc. Dr. Trzebicky.

Po wyborze prezydyum rozpoczął wykład:

Prof. B r o w i c z (z Krakowa): O p r z e s z c z e p i a l n o ś c i r a k a. Mowca nie opiera wywodów swoich na własnych doświadczeniach, gdyż tego rodzaju doświadczenia mają racyę bytu tylko wówczas, jeśli są prowadzone na wielką skalę; na to zaś stosunki miejscowe krakowskiego zakładu anatomii patologicznej stanowczo nie pozwalają. Z drugiej strony, w literaturze omawianego przedmiotu nagromadzono tyle faktów, że samo szczegółowe i krytyczne rozpatrzenie ich, do pewnych doprowadzić może wniosków. Jest faktem stwierdzonym, że rak jest przeszczepialny, a najwymowniejszym tego przykładem i dowodem jest doświadczenie Dra Wehra, w którem rak przeszczepiony na psa rozrastał się, tworzył przerzuty i w końcu zwierzę o śmierć przyprawił. Dotychczasowe doświadczenia nad przeszczepialnością raka dadzą się podzielić na 3 gromady:

I. Szczepiono kawałki tkanki rakowej ludzkiej na zwierzęta, podlegające tej chorobie (najczęściej psy, lecz także na małpy, szczury, króliki i świnki morskie); takich doświadczeń robiono dotychczas najwięcej a dały one, z wyjątkiem pierwszych doświadczeń Langenbecka) po większej części wyniki dodatnie, t. j. przeszczepione kawałki tkanki rakowej rozrastały się przynajmniej przez pewien czas.

II. Przeszczepiano tkankę rakową ze zwierząt na zwierzęta tegoż samego gatunku (raki u psów i szczurów są dość częste); wyniki doświadczeń tych były w jednych przypadkach ujemne, w innych dodatnie.

III. Wreszcie przeszczepiano tkankę rakową z człowieka na człowieka (właściwie z jednego miejsca na drugie u tego samego osobnika). Doświadczeń takich jest niewiele, ale są między nimi i takie, których wynik był dodatni.

Posługiwano się rozmaitemi metodami: przeszczepiano kawałki tkanki rakowej, wstrzykiwano zawiesinę z tkanek tych do tkanek zdrowych i krwi; zwierzęta niejako przygotowywano do tego zabiegu, starając się jakoby zmienić ich stan fizyologiczny przez zmianę pożywienia i innych warunków; do doświadczeń wybierano umyślnie zwierzęta stare. Tkanki fizyologiczne, przeszczepione z miejsca na miejsce lub z jednego ustroju na drugi, wchodzą w organiczny związek z nowem podłożem czyli p r z y r a s t a j ą. Nie rozrastają się nigdy, mogę jednak zastósować się do nowej głeby, zmieniając niektóre własności (np. skóra murzyna, przeszczepiona na Europejczyka po niejakimś czasie bieleje i odwrotnie). Należy jednak ściśle odróżniać p r z e s z c z e p i a n i e od w s z c z e p i a n i a, czyli t. z. *implantatio* tkanek

[1]) Wydawnictwo to omówionem będzie na innem miejscu. (Wyszło dopiero wczoraj d. 10 lipca).

w szczeliny lub do jam innego ustroju; doświadczenia wykazały, że tkanki wszczepione z jednego zwierzęcia na drugie tegoż samego gatunku, mogą się rozrastać; wszczepione zaś do ustroju odmiennego gatunku, ulegają zanikowi. Przeszczepianie z jednego ustroju na drugi jest tem łatwiejszem, im bliżej do siebie organizmy te stoją pod względem zoologicznym. Pomimo indywidualności i autonomii komórek, komórki rozmaitych zwierząt przedstawiają więc znaczne fizyologiczne różnice.

Ollier, który przez lat 30 pracował nad przeszczepianiem kości i okostnej, wykazał, że tkanki te, przeszczepione na podłoże, pod względem anatomicznym odpowiednie, przyjąć się mogą i najczęściej przyjmują; przeszczepione zaś na miejsce nieodpowiednie, powoli obumierają. Paweł Bert z przeszczepiania ogonów szczurzych miał dodatnie wyniki tylko wówczas, gdy posługiwał się do doświadczeń pewnym gatunkiem szczurów.

Przy rozrastaniu się przeszczepionych tkanek, rozrost ogranicza się jedynie i wyłącznie do komórek przeszczepionych; tkanki sąsiednie żadnego udziału w sprawie tej nie biorą. Tkanki embryonalne, przeszczepione na inny ustrój, rozrastać się mogą, ale tylko do pewnej granicy, poczem zanikają. Fischer obserwował zjawisko to na kończynach płodowych, przeszczepionych do grzebieni kogucich. Taki sam wynik dają udane doświadczenia przeszczepienia tkanek rakowych. Zazwyczaj po niejakimś czasie tkanki te podlegają zanikowi. Doświadczenie Dra Wehra jest jednem z bardzo nielicznych pod tym względem wyjątków; w literaturze francuzkiej, bardzo bogatej w tej dziedzinie, znajduje się nader wiele faktów, które tego dowodzą.

Sposób powstawania przerzutów rakowych jasno dowodzi zdolności proliferacyjnej komórek rakowych; jest to niejako eksperyment naturalny. Zachodzi więc pewna analogia pomiędzy zachowaniem się przeszczepionych komórek tkanek fizyologicznych a komórek rakowych. Prof. Browicz mocno akcentuje, że zachowanie to jest tylko analogicznem, nie zaś jednakowem, gdyż obydwa te rodzaje wymienionych tkanek zachowują się zupełnie odmiennie w stosunku do tkanki sąsiedniej.

Fakty te stanowczo mówią przeciwko teoryi pasożytniczej raka, opartej na badaniach, które miały wykazać etyologię tej choroby: *coccidia*, *sporozoa*, drobnoustroje a wreszcie ameby. Oddawna już krąży w literaturze patologicznej pojęcie, że sama komórka rakowa jest niejako pasożytem.

Na zasadzie wszystkich powyż przytoczonych danych, skrzętnie z literatury właściwej zebranych a dowodzących, że rak w pewnych okolicznościach jest przeszczepialnym, że istnieje jednak w tej przeszczepialności wielka analogia pomiędzy tkanką rakową a fizyologiczną, dochodzi prof. Browicz do wniosku, że stwierdzona przeszczepialność raka bynajmniej nie przemawia za domniemaną jego naturą pasożytniczą. Pomiędzy zmianami w narządach, wywołanemi przez choroby zakaźne a *coccidia* lub *sporozoa* również żadnej analogii upatrywać nie można. Bujanie komórek wątrobianych w otoczeniu kokcydyów różni się zasadniczo od bujania komórek rakowego; nie jest ono bowiem niczem innem, jak tylko zwykłem oddziaływaniem ustroju, spostrzeganem bardzo często w sąsiedztwie ciał obcych, wprowadzonych do tkanki. (C. d. n)

V. Wiadomości bieżące.

— Do izby lekarskiej krakowskiej wybrano w Krakowie w d. 30. czerwca r. b. członkami na 107 głosujących: Dra Stanisława Paszkowskiego 95 głosami, prof. Dra Macieja Leona Jakubowskiego 80 gł., prof. Dra Henryka Jordana 62 gł., prof. Dra Józefa Łazarskiego 56 gł.; zastępcami doc. Dra Aleksandra Zarewicza 95 gł., prof. Dra Przemysława Pieniążka 82 gł., Dra Maksymiliana Kohna 82 gł., Dra Augusta Kwaśnickiego 77 gł.

— W ostatnich wyborach do Rady miejskiej krakowskiej ukończonych w dniu 28. z. m. wybrani, wszyscy z kuryi ludzi umysłowo pracujących czyli t. zw. inteligencyi, lekarze prof. Dr. Henryk Jordan, prof. Dr. Stanisław Domański, Dr. Stanisław Paszkowski, prof. Dr. Stanisław Pareński i Dr. Ludwik Wiszniewski, co razem z należącymi do poprzedniej kadencyi wyborczej prof. Obalińskim Alfredem i Drem Maksymilianem Kohnem sprawia, iż obecnie zasiada w Radzie miejskiej krakowskiej 7 lekarzy. Stanowi to 11·6% członków Rady miejskiej a nieco mniej, niż 5% całego grona lekarzy krakowskich. Po prawnikach, t. j. adwokatach i profesorach Wydziału prawnego, stan lekarski jest najliczniej reprezentowany w korporacyi, o której mowa.

— Dr. Wiktor Idziński, b. elew kliniki chirurgicznej krakowskiej i b. lekarz pułkowy, czynny członek Tow. lek. krak., został mianowany przez Wydział krajowy uchwałą z dnia 16. czerwca r. b. lekarzem ordynującym szpitala żywieckiego. Znając kol. Dra Idzińskiego jako lekarza energicznego, postępującego ciągle z nauką, cieszymy się z tej nominacyi i życzymy mu na nowem stanowisku jak najlepszego powodzenia ku dobru cierpiącej ludzkości i nauki.

— Jak było zawsze podczas zjazdów poprzednich, tak i tego roku podejmowali Państwo Profesorstwo Ludwikowie Rydygierzy członków zjazdu chirurgicznego a obok nich liczne grono osób należących przeważnie do uniwersytetu krakowskiego w majętności swej w Mydlnikach odległych na kilka kilometrów od Krakowa. Niezrównana gościnność Szanownych Gospodarstwa, piękny park położony na wzgórzu, z którego prześliczny roztacza się widok na Kraków i urocze jego okolice, koncert znakomitej orkiestry wojskowej, wspaniała uczta na tarasie pałacowym pod gołem a pogodnem niebem, przeplatana całym szeregiem poważnych lub tryskających dowcipem toastów złożyły się na wieczór tak miły dla wszystkich jego uczestników, iż dopiero o północy opuszczali zaproszeni dom gościnny unosząc z sobą wspomnienie chwil nader przyjemnie spędzonych u Prezesa zjazdu, umiejącego tak wybornie łączyć cele naukowe ze względami towarzyskiemi.

— Otrzymujemy z Krynicy następującą wiadomość:

Przed paru tygodniami powstała myśl między lekarzami praktykującymi w Krynicy zawiązania kółka koleżeńskiego, mającego na celu rozbudzić i zacieśnić węzły życia koleżeńskiego.

D. 27. czerwca b. r. zebrali się wszyscy koledzy w mieszkaniu lekarza zakładowego kol. Kopffa, gdzie omówiono pewne kwestye tyczące się wzajemnego stósunku kolegów do siebie.

Ostatecznie postanowiono ułożyć pewien rodzaj regulaminu, do którego wszyscy koledzy mają się zastósować. Następnie uchwalono, aby zebrania, na których omawiać się będzie bądź sprawy zawodowe, bądź też koleżeńskie, odbywały się kolejno u każdego z kolegów co piątek.

Do kółka tego przystąpili wszyscy koledzy w Krynicy praktykujący z wyjątkiem jednego.

Już sama myśl a dziś jej urzeczywistnienie, znalazły wyrazy zadowolenia wśród kolegów, bo kółko takie przyczyni się niewątpliwie do podtrzymania łączności koleżeńskiej i podniesienia powagi stanu lekarskiego.

— W towarzystwie lekarzy szpitalnych paryskich zdawał sprawę Dr. Gaillard ze swych spostrzeżeń nad cholerą, z których wypada, że reakcya żrenic jest dobrym znakiem prognostycznym, brak zaś jej lub znaczne upośledzenie złym. Podwyższenie się odruchów ścięgnistych w *stadium algidum* jest znakiem bardzo niepomyślnym, równie jak jego brak.

Według Bérillona jest ogryzanie paznogci, *onychophagia*, znakiem zwyrodnienia układu nerwowego a towarzyszą mu zawsze (?) popuszczanie moczu, strachanie się nocne i t. d.

— *British medical Journal* zdaje systematycznie sprawę ze szczepień przeciw cholerze Haffkina i Hankina w Indyach Wschodnich. Dotychczas nie można mówić o żadnym skutku tem bardziej, iż szczepienia robi się tylko na osobach pochodzenia angielskiego, które i tak mało stósunkowo ulegają cholerze; ludność zaś pierwotna, miejscowa z powodu przesądów religijnych nie pozwala na szczepienie. Haffkin i Hankin sądzą, iż dowód nieszkodliwości szczepień na ludności angielskiej przekona i ludność miejscową i dozwoli na niej robić doświadczenia.

— Z rozbiorów chemicznych okazało się w Belgii, iż jest tam mało piw nie zawierających w sobie sacharyny. Dlatego wydano rozporządzenie nakazujące nietylko browarom, ale

i wszelkim lokalom sprzedaży, używać do oznaczania takich wyrobów, zawierających sacharynę wyrazów w oko łatwo wpadających: *produits saccharinés.*

— *Międzynarodowy kongres lekarski w Rzymie.* Udający się nań z zagranicy nie otrzymują w Austryi, Niemczech i Szwajcaryi żadnego zniżenia cen biletów kolejowych; płacą więc aż do granicy włoskiej za bilety do podróży zwykłe, powrotne i okrężne ceny jak wszyscy inni podróżni; dopiero na granicznych stacyach włoskich otrzymują członkowie kongresu i dorosłe osoby ich rodzin za okazaniem osobnej karty legitymacyjnej bilety do podróży tam i napowrót za połowę ceny t. j. z opuszczeniem 50%, bilety zaś okrężne ze zniżeniem o 20% od cen zwykłych. Te zniżenia ceny dla członków kongresu trwają od 1. września do 31. października. Owe osobne karty legitymacyjne do podróży będą wydawane dopiero w sierpniu i zawierać obszerne instrukcye do podróży wraz z cenami biletów kolejowych do Rzymu, planami jazdy i cenami podróży okrężnych. — Mieszkania zamawiać można naprzód u jeneralnego sekretarza kongresu, prof. Maragliano w Genui. Niema, jak zaręczają, obawy o brak pomieszczenia członków kongresu po hotelach i domach prywatnych. Przypomina się w końcu, że karta udziału w kongresie dla członka kosztuje 25 franków, dla ich żon zaś 10 franków.

Komitet wykonawczy tegoż zjazdu zwraca uwagę, iż z d. 31. b. m. upływa ostateczny termin nadsyłania jeneralnemu sekretarzowi treści odczytów i opartych na nich wniosków.

— Na posiedzeniu Towarzystwa medycyny wewnętrznej w Berlinie w dniu 3. b. m. odbytem okazał prof. Leyden preparat złośliwego zapalenia wśródsierdzia (*endocarditis maligna*) u chorego, który przedtem dostał wiewióra, zapalenia przyjądrza i gośćca wiewiórowego, preparat, w którym oprócz zwykłych zmian makroskopijnych wykrył prof. Leyden niewątpliwe gonokoki Neisserowskie bez streptokoków i stafilokoków. Jestto wykazanie po raz pierwszy bezpośredniego związku między wiewiórem a złośliwem zapaleniem wśródsierdzia a zarazem dowód wielkiego znaczenia i niebezpieczeństwa wiewióra.

— **Cholera**. Według ostatnich wiadomości cholera szerzy się, lubo wcale nie gwałtownie, na południu Francyi a i północny zachód tego kraju nie jest dotychczas wolny od zarazy. W Rosyi europejskiej pojawiają się w niektórych guberniach przypadki sporadyczne; natomiast wzmogła się cholera na Podolu rosyjskiem, gdzie według dat urzędowych w tygodniu od 18. do 24. czerwca (zapewne starego stylu) zachorowało 301 a umarło 100 osób. Ostatniemi dniami donoszą o pojawieniu się choroby podobnej do cholery w Dees w Siedmiogrodzie i innych miejscach na południu Węgier. Ze środków ostrożności użytych przez rząd węgierski wnosić należy, iż pojawiła się tam niewątpliwie cholera azyatycka. Bardzo gwałtownie grasuje cholera w Arabii mianowicie w Dżeddah, w Mekce, dokąd ją zawlekli pielgrzymi mahometańscy z Jemenu, tudzież w niektórych miastach Turcyi azyatyckiej.

— **Nekrologia**. Zmarli: W dniu 9. b. m. w Częstochowie w 65 r. ż. Heliodor Muliewicz, lekarz powiatu częstochowskiego. W dniu 25. czerwca w Upsali w 66 r. życia Dr. Nils Gustaw Kjellberg, profesor psychiatryi w uniwersytecie upsalskim, jeden z najznakomitszych psychiatrów szwedzkich, wielce zasłużony przez wprowadzenie do Szwecyi systemu rozumnej opieki nad umysłowo chorymi.

Korespondencya redakcyi.

Szanownych autorów prac Przeglądowi lekarskiemu nadesłanych a dotychczas jeszcze nie wydrukowanych upraszamy o cierpliwość; nie podobna bowiem przekraczać ram pisma a i pewna rozmaitość treści co do artykułów oryginalnych jest konieczna i odpowiada życzeniom czytelników i abonentów naszego pisma.

W artykule Dra L. Gąsiorowskiego w nrze 27, str. 365, szpalta II., w. 20 od góry zamiast *zupełnego zniszczenia jąder*, ma być *zupełnego zniszczenia moszen i całkowicie ogołoconych jąder*.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. S. Domański.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.